

gett råd hur dessa fall skall handläggas och trots påminnelse i RiksRonden 1996, missas fortfarande testistorsioner, både i primärvård och vid akutmot-tagningar, med ett antal förlorade testiklar på unga personer som följd. Diagnosen kan uppenbarligen vara svår

När det är fråga om försenad diagnos är det inte ovanligt att flera läkare drabbas av anmälan. I allmänhet är det då fråga om att en yngre läkare vänt sig till en mer erfaren för att få hjälp med diagnostiken. I och med detta överlämnas i allmänhet ansvaret till annan läkare. Blir det fråga om HSAN-anmälan, drabbar eventuell påföljd i allmänhet den aktör som är högst placerad i hierarkin. I det ovan relaterade fallet har situationen varit en annan, en biträdande

överläkare har vänt sig till en avdelningsläkare och bett om second opinion, men därefter själv ansvarat för vidare behandlingsåtgärder. Socialstyrelsen och vetenskapliga rådet har haft olika åsikter om huruvida avdelningsläkarens felbedömning skall föranleda påföljd eller ej; Ansvarsnämnden har gjort en kompromiss och bedömt den tillfrågade läkaren mildare och endast gett honom en erinran.

Lärdomen av de beslut som Socialstyrelsen och HSAN fattat i detta fall blir, att om man ombeds att ge en second opinion så måste man ta sig an fallet med samma noggrannhet som om man åtagit sig fallet primärt samt att man kan bli medansvarig för hur patienten sedan behandlas. Om det senare

kan man ha olika åsikter, men uppenbarligen är det vad som gäller.

Två ytterligare synpunkter

Att palpera innehållet i en uppdriven och starkt ömmande skrotalhalva är inte lätt och att då med absolut säkerhet fastställa om den sjukliga processen sitter i testis eller epididymis kan vara mycket svårt, vilket också det aktuella fallet visar.

Argument som: »Det skulle i så fall innebära att samtliga patienter med skrotal smärta, oavsett anamnes, palpationsfynd eller andra diagnostiska fynd, opereras» är att tillskriva motparten åsikter, som denne inte har. Med sådana argument stärker man knappast sin sak. •

Ansvarsärenden i korthet

Ett svårt vägval

Anmälare: Fadern
Anmäld: Gynekolog och kirurg
Orsak: Behandling av retroperitoneal blödning
HSAN 1957/97

En 24-årig kvinna i graviditetsvecka 26 inkom till förlossningsavdelning på grund av vänstersidiga flanksmärta. Man fann mikroskopisk hematuri och misstänkte njurstensanfall. Ultraljudsundersökning nästa dag visade dock ingen vidgning av njurbäckenet. Hon hade fortsatta intervallsmärta och vid midnatt fick hon ett blodtrycksfall och blodvärdet var lågt. Fostrets hjärtljud pendlade mellan 100 och 150 slag per minut. På misstanke om placenttaavlösning beslöts sectio. Vid operationen kunde man dock konstatera normal livmoder med levande foster. Däremot hittades en retroperitoneal, buktande blödning. Kirurg tillkallades. Han fann att den stora livmodern var i vägen för att adekvat kunna fastställa varifrån blödningen kom, men att det inte fanns tecken till pågående blödning. Eftersom sectio skulle innebära stor risk för barnet och blödningen dessutom hade stannat, beslöt man med viss tvekan att avsluta ingreppet. Patienten fick blodtransfusion och blödningshämmande medel. Tillståndet var stabilt på efternatten, men nästa morgon försämrades hon och opererades akut. Fostret visade sig ej vara livsdugligt. Man gjorde fruktlösa försök att stoppa den retroperitoneala blödningen. Kvinnan avled. Obduktion visade rupturerat njurartäreurysm.

Fadern menar att kejsarsnitt i samband med det första ingreppet troligen hade räddat barnet och att kirurgen borde ha följt upp orsaken till blödningen.

Gynekologen fann vid den första operationen att hematomet ej påverkade livmodern och följaktligen inte fostret. Hans bedömning var att man skulle kunna åtgärda blödningen och låta graviditeten fortgå.

Kirurgen fann att bukhålan till större delen upptogs av den kraftigt förstörade livmodern, vilket starkt försvärade åtkomligheten i buken. Till vänster och framför aorta fanns ett 5×10 cm stort retroperitonealt hematomet med spridning som sträckte sig från bäckenet till bukhålans övre del. I anslutning till mjältens nedre pol fanns ca 50 ml blod och blodlevar, men i övrigt fanns inget utflytande blod i bukhålan. Han bedömde att blödningen hade utgått från någon aortagren, men för att identifiera blödningen krävdes att peritoneum öppnades utmed aorta.

Detta var dock inte möjligt, eftersom operationsområdet täcktes av livmodern. Sectio skulle innebära en avsevärd risk för det prematura barnet. Att öppna det retroperitoneala rummet skulle dessutom ha medfört betydande risk för att blödningen startat på nytt, och eftersom blödningens nivå inte var fastställd, kunde det vara mycket svårt att i den blodimbiberade vävnaden hitta det blödande kärlet. Hematomet hade under 1,5 timmars observation ej ökat, vilket han tolkade som att blödningen avstannat spontant.

Han fann därför, att han hade två behandlingsalternativ:

1. Att göra sectio, öppna den bakre

bukhinnan och försöka lokalisera blödningskällan. Nackdelar med detta var att barnets överlevnad äventyrades samt att det kunde bli svårt att identifiera blödningskällan, särskilt om blödningen upphört.

2. Avstå från aktiva åtgärder och under kommande morgon under optimala förhållanden på röntgenavdelningen genom angiografi lokalisera blödningen och möjligen även kunna embolisera ett skadat kärl.

Eftersom moderns tillstånd efter blodtransfusion var fullt tillfredsställande, valde han att avsluta ingreppet och övervaka patienten på intensivvårdsavdelning.

Kirurgen uppger slutligen att brustet njurartäreurysm är ett mycket ovanligt tillstånd; vid en litteraturgenomgång fann han att av 24 patienter (8 gravida) hade 20 avlidit.

Bedömning och beslut

Vid den första operationen stod man inför valet att avsluta graviditeten – och därmed kanske offra barnet – för att kirurgiskt kunna undersöka blödningsområdet. Vid 26 veckor och två dagar är risken för att barnet inte skall överleva påtaglig. Eftersom kirurgen bedömde att blödningen stannat och att det fanns möjligheter att med icke-kirurgisk teknik åtgärda kärlet senare, var det inte fel att avstå från att gå vidare med sectio och kärlfriläggning. Det hade varit önskvärt, att man gjort kärlröntgen på efternatten innan patienten åter försämrades. Det fanns dock sannolikt inte resurser på sjukhuset att natetid göra detta på en nyopererad patient. Anmälan lämnades utan åtgärd. •